

Pacjentka ze schizofrenią w ciąży – dylematy leczenia i opieki. Problem nadal nie tylko dla lekarza psychiatry

A pregnant patient with schizophrenia – dilemmas of treatment and care. A problem still not only for psychiatrists

Małgorzata Skórska¹, Marta Makara-Studzińska²

¹ Poradnia Psychiatryczna SP ZOZ w Łęcznej

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Zakład Psychologii Zdrowia

Summary

Pregnancy is a special period in any women's life. A pregnant woman who suffers from schizophrenia is a special patient and a huge challenge both for the psychiatrist and gynecologist. Such pregnancy is associated not only with the higher level of risk because of inappropriate diet, insufficient prenatal care and smoking but also because of the risk of possible mental degradation of a pregnant woman – occurrence or exacerbation of psychotic symptoms. Moreover, pharmaceutical treatment during pregnancy and its influence on fetus rises doubts and controversy. The aim of the study is to show three stories of pregnant patients treated for schizophrenia in a context of up to date knowledge on anti-psychotic treatment and to pay attention to the need of interdisciplinary approach to this special group of patients. Every pregnant woman suffering from schizophrenia requires individual approach in terms of treatment and care. The problem, which is still ignored, is the need of effective and constant cooperation between the doctors: a psychiatrist and a gynecologist since the very beginning of pregnancy, in order to assess the risk factors associated with pregnancy and periparturient period.

Słowa klucze: ciąża, schizofrenia, leczenie

Key words: pregnancy, schizophrenia, treatment

Wprowadzenie

Ciąża to dla każdej kobiety czas wyjątkowy, który wiąże się wszakże z dużymi zmianami fizycznymi, a także znacznym stresem w związku z obawami o dziecko, jego rozwój, oraz z lękiem przed porodem [1]. Kobieta w ciąży chorująca na schizofrenię to wyjątkowa pacjentka, wymagająca specjalnego, indywidualnego podejścia. Choroba psychiczna nie upośledza zdolności rozrodczych, choć analizy pokazują zmniejszony

współczynnik płodności w grupie kobiet ze schizofrenią [2, 3]. Przy czym płodność nie jest obniżona z powodu samych mechanizmów patofizjologicznych schizofrenii, ale na skutek specyfiki zaburzenia, wpływającego na gorsze funkcjonowanie społeczne tej grupy kobiet [4]. Objawy psychotyczne mogą w znaczący sposób ograniczać chorą w zakresie jej funkcjonowania społecznego, szukania wsparcia w ciąży, negocjowania ciąży, używania alkoholu i palenia tytoniu, korzystania z opieki położniczej. Psychoza nieleczona może skutkować nie tylko zaniedbaniem samoobsługi pacjentek, ale też powikłaniami położniczymi [5]. Wprowadzenie do leczenia neuroleptyków nowej generacji wpłynęło natomiast w dużym stopniu na jakość życia pacjentów, toteż coraz częściej pozostają oni w związkach i co za tym idzie – mają plany dotyczące potomstwa [5]. Dlatego badania pokazują, że liczba kobiet chorujących na schizofrenię i zachodzących w ciążę stale rośnie [3]. W niektórych szacuje się, że nawet około 50% pacjentek ze schizofrenią będzie w ciąży [6]. Zaobserwowano także, że w grupie pacjentek ze schizofrenią pozostających nawet bez żadnego leczenia ryzyko urodzenia dziecka z malformacjami jest wyższe niż w populacji ciężarnych zdrowych psychicznie [7, 8]. Do czynników ryzyka wad rozwojowych płodu należą: otyłość, cukrzyca, używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, palenie tytoniu oraz niski status socjoekonomiczny pacjentek. Nie do końca zbadany jest również wpływ samego procesu schizofrenicznego matki na rozwój płodu [9].

Wiedza dotycząca działania leków i ich oddziaływania na płód jest oparta na badaniach przeprowadzanych na zwierzętach oraz opisach kazuistycznych dotyczących leczenia kobiet ze schizofrenią w ciąży. Wytyczne dotyczące postępowania w zaburzeniach psychicznych u kobiet ciężarnych od wielu lat są niezmiennie [10–13]:

- (1) Leczenie farmakologiczne powinno być wdrażane tylko wtedy, gdy potencjalne korzyści płynące z przyjmowania leków przewyższają możliwe szkody spowodowane farmakoterapią.
- (2) Zawsze należy rozważyć również ryzyko płynące z odstawienia leków, gdyż mogłoby ono stanowić większe zagrożenie dla matki i płodu niż farmakoterapia.
- (3) Powinno się unikać stosowania leków w pierwszym trymestrze, odstawić leki mniej więcej tydzień przed porodem.
- (4) Trzeba stosować lek o najmniejszym potencjale teratogennym, w najniższej efektywnej dawce podzielonej w ciągu doby.
- (5) Dawkę leku należy dostosować do zmienionej farmakokinetyki poszczególnych etapów ciąży.
- (6) W sytuacji nasilonych objawów choroby powinno się hospitalizować pacjentkę.
- (7) Należy monitorować stan noworodka i kobiety w okresie po porodzie.

Mimo tych ustaleń wciąż prowadzone są dyskusje nad tym, jak leczyć pacjentkę ze schizofrenią w ciąży, jak ocenić, czy farmakoterapia jest bezpieczna. Nie uwzględnia się też potrzeby stałej współpracy pomiędzy lekarzami psychiatrą i ginekologiem-położnikiem w celu zmniejszenia ryzyka powikłań w trakcie ciąży i porodu, związanej z monitorowaniem stanu somatycznego i psychicznego matki oraz rozwoju płodu.

Celem pracy jest przedstawienie trzech historii pacjentek w ciąży leczonych z powodu schizofrenii oraz zwrócenie uwagi na aspekt leczenia przeciwpsychotycznego, jak również opieki położniczej w trakcie ciąży i w okresie okołoporodowym.

Opisy przypadków

Pacjentka nr 1

Kobieta w wieku 33 lat, zamężna, wykształcenie średnie, leczona psychiatrycznie z powodu schizofrenii od 15 lat, dotychczas trzykrotnie hospitalizowana z tego powodu, w przeszłości 3 ciążę – 2 dzieci (9 i 11 lat) i 1 poronienie w 9. tygodniu. Przed dwoma ciążami (1 zakończona poronieniem, 1 poród drogami natury) i w ich trakcie pacjentka przyjmowała risperidon w dawce 1 mg/dobę. W trzeciej ciąży zdecydowano o odstawieniu leku w pierwszym trymestrze, pacjentka urodziła drogami natury, karmiła 5 miesięcy piersią. Po tym okresie pacjentka rozpoczęła ponowne przyjmowanie leków i była leczona systematycznie. W leczeniu otrzymywała kwetiapinę w dawce 300 mg/dobę i walproinian sodu 300 mg/dobę. W dniu 9 sierpnia poinformowała lekarza psychiatrę o tym, że może być w ciąży. Od momentu wykonania testu ciążowego sama odstawiła walproinian. Ze względu na ciążę podczas wizyty zdecydowano o zmianie leczenia – obniżono dawkę kwetiapiny do 200 mg/dobę. Pacjentka za kilka dni miała zaplanowane badanie ginekologiczne w celu potwierdzenia informacji o ciąży.

Ze względu na utrzymywanie się remisji objawów psychotycznych od 3 lat oraz dobrą współpracę pacjentki 16 sierpnia zdecydowano o całkowitym zaprzestaniu leczenia farmakologicznego. Kolejne wizyty były zaplanowane co 2–4 tygodnie lub w razie takiej potrzeby. Pacjentka miała też poinformować lekarza ginekologa prowadzącego ciążę o swojej chorobie i aktualnych zaleceniach. W tym celu otrzymała stosowne zaświadczenie od lekarza psychiatry. Przez okres ciąży pacjentka systematycznie zgłaszała się do PZP, przynosiła także do wglądu wyniki badań ginekologicznych oraz kartę ciąży. Pacjentka była w wyrównanym stanie psychicznym, tylko okresowo odczuwała drażliwość i niepokój związane z obowiązkami domowymi i opieką nad innymi dziećmi w sytuacji rosnącej ciąży. Od 15 marca nastąpiło pogorszenie samopoczucia pacjentki. Pacjentka skarżyła się na lęk i niepokój, miała problemy z zaśnięciem. Cztery dni później po konsultacji z lekarzem ginekologiem zgłosiła się na Oddział Ginekologii i Położnictwa w celu uzyskania dalszych zaleceń (data porodu według karty ciąży była ustalona na 31 marca). Pacjentka została przyjęta na oddział, zatelefonowała do prowadzącego lekarza psychiatry, a ten polecił jej, aby poprosiła lekarza dyżurnego o konsultację psychiatryczną na oddziale. Niestety, konsultacja się nie odbyła w związku z rozpoczynającym się weekendem. W izbie przyjęć zignorowano również zaświadczenie od lekarza psychiatry informujące o leczeniu schizofrenii i potrzebie szczególnej opieki nad pacjentką. Natomiast z uwagi na 38. tydzień ciąży lekarz dyżurny zdecydował o rozpoczęciu akcji porodowej drogami natury, pacjentka otrzymała oksytocynę, założono jej cewnik Foley'a. W nocy z 19 na 20 marca pacjentka nie mogła zasnąć i była bardzo rozdrażniona.

Po kilku godzinach pojawiły się objawy psychotyczne – omamy węchowe (pacjentka czuła dziwne zapachy na sali chorych), zgłaszała zagrożenie, próbowała też dzwonić do prokuratury. W dniu 20 marca około 6.00 rano lekarz dyżurny zatelefonował do lekarza psychiatry prowadzącego pacjentkę w PZP w celu uzyskania dalszych zaleceń. Lekarz psychiatra zlecił po raz kolejny konsultację psychiatryczną na oddziale (niestety lekarz konsultujący oddział był niedostępny) i zasugerował próbę rozwiązania drogą cięcia cesarskiego ze względu na gwałtowne objawy psychotyczne. Lekarz ginekolog podtrzymał jednakże swoją decyzję dotyczącą porodu naturalnego. Pacjentka nie współpracowała z personelem, a jej stan psychiczny dalej się zaostrzał: stawiała się coraz bardziej drażliwa i napięta, wypowiadała treści urojeniowe o charakterze prześladowczym, rzucała w męża obrączką. Dopiero lekarz z następnej zmiany, widząc brak współpracy pacjentki, po kolejnej telefonicznej rozmowie z lekarzem psychiatrą zdecydował o wykonaniu cięcia cesarskiego. Zabieg został przeprowadzony bez powikłań, w znieczuleniu ogólnym. Dziecko płci żeńskiej urodziło się z wagą 3100 g i APGAR 9 pkt. Po porodzie pacjentka otrzymała 5 mg diazepamu i 5 mg olanzapiny. Mimo to nadal była nieufna, niespokojna, w pewnym momencie nie chciała oddać dziecka położnym. Ze względu na utrzymujące się objawy psychotyczne zdecydowano o konieczności hospitalizacji psychiatrycznej pacjentki. Była tam konsultowana ginekologicznie i miała zalecenia dotyczące zahamowania laktacji.

Pacjentka nr 2

Kobieta w wieku 30 lat, panna, wykształcenie średnie, 2 ciąża, 1 poronienie w 8. tygodniu, zgłosiła się do psychiatry z informacją, że jest w 4. tygodniu ciąży.

Wcześniej kilkakrotnie hospitalizowana psychiatrycznie, ostatnie leczenie szpitalne w styczniu 2017 roku. Po ostatniej hospitalizacji otrzymała zalecenia przyjmowania: aripiprazol 15 mg/dobę, haloperidol 3 mg/dobę, karbamazepina 600 mg/dobę oraz iniekcje z haloperidolu co 14 dni 1 ampułką. Przed pobytem w szpitalu pacjentka przejawiała urojenia ciąży. Po uzyskaniu informacji o ciąży lekarz psychiatra zdecydował o odstawieniu dwóch leków: iniekcji z haloperidolu oraz karbamazepiny. Ustalono kolejną wizytę za tydzień. W międzyczasie kobieta trafiła na położniczo-ginekologiczną izbę przyjęć z podejrzeniem krwawienia z dróg rodnych. Po zbadaniu pacjentki wykluczono zagrożenie poronieniem. Na umówioną wizytę pacjentka jednakże nie przyniosła karty z izby przyjęć. Ze względu na wczesną ciążę zredukowano dawki leków: odstawiono haloperidol w postaci doustnej i zmniejszono dawkę aripiprazolu do 7,5 mg. Przy kolejnej wizycie pacjentka była w wyrównanym stanie psychicznym, nie ujawniała objawów wytwórczych, dlatego od 13 lipca zdecydowano o redukcji dawki aripiprazolu do 3,75 mg i odstawieniu leku. Pacjentka została poinformowana o konieczności stałego kontaktu z lekarzem psychiatrą. Dodatkowo z powodu rozpoznania niedoczynności tarczycy jeszcze w trakcie ostatniej hospitalizacji pacjentka przyjmowała hormony tarczycy. Od 8 września pojawiły się u pacjentki epizody wahań nastroju w kierunku depresyjnym, które samoistnie mijały. Kolejna wizyta odbyła się już w trybie nagłym 24 listopada – po pobycie na oddziale ginekologii. Pacjentka była tam leczona z rozpoznaniem: „Obserwacja w kierunku zakrzepicy negatywna.

Hipotonia układu kielichowo-miedniczkowego po stronie lewej”. W trakcie pobytu na oddziale przewróciła się na śliskiej podłodze i potłukła.

Podczas wizyty lekarskiej na oddziale zgłaszała niepokój, ale nie była konsultowana psychiatrycznie podczas pobytu. Rozmawiała natomiast z psychologiem i otrzymywała mieszkankę sedatywną. Od początku grudnia wystąpiły u pacjentki gonitwa myśli, niepokój i lęk, pacjentka stała się wielomówna, dzwoniła w nocy do rodziny z poczuciem zagrożenia, dlatego zdecydowano o wdrożeniu leczenia farmakologicznego (29. tydzień ciąży) w postaci pernazyny 25 mg/dobę. Pacjentka poinformowała o tym lekarza ginekologa. Kolejna wizyta również miała charakter nagły – 4 stycznia z powodu występującego rozdrażnienia i niepokoju. Pacjentka otrzymała zalecenie dalszego zwiększenia dawki pernazyny do 50 mg/dobę. Ponieważ przez kilka godzin nie czuła ruchów dziecka, zgłosiła się do lekarza ginekologa. W dniu 23 stycznia nastąpiło kolejne pogorszenie stanu psychicznego pacjentki, od kilku dni zaś utrzymywały się niepokój i lęk. Zalecono dawkę 50 mg pernazyny, gdyż wcześniej pacjentka sama zmniejszyła dawkę. W związku z pogarszającym się stanem psychicznym pacjentki oraz zakończonym 36. tygodniem ciąży lekarz ginekolog zdecydował o hospitalizacji pacjentki. W dniu 2 lutego poród odbył się za pomocą cięcia cesarskiego z powodu braku postępu akcji porodowej. Dziecko płci żeńskiej urodziło się z wagą 2470 g, APGAR w 1 min 8 pkt, w 3 min 9 pkt, dziecko było obserwowane w kierunku FHR, wymagało stymulacji oddechowej. Pacjentka była konsultowana psychiatrycznie, zalecono pernazynę do dawki 75 mg/dobę. Pierwsza po porodzie wizyta w PZP odbyła się 13 lutego. Pacjentka czuła się bardzo przytłumiona, obawiała się, że nie podała opieki nad dzieckiem. Zdecydowano więc o zmniejszeniu dawki pernazyny do 50 mg/dobę, jednakże nie przyniosło to pożądanego rezultatu.

Pacjentka nadal odczuwała senność, dlatego zmodyfikowano leczenie do pernazyny 7,5 mg/dobę i włączono aripiprazol 7,5 mg/dobę. Pacjentka nie przejawiała objawów psychotycznych, a ze względu na leczenie farmakologiczne nie karmiła piersią.

Pacjentka nr 3

Kobieta w wieku 28 lat, panna, wykształcenie zawodowe, na rencie z powodu choroby psychicznej, leczona psychiatrycznie z powodu schizofrenii, 1 raz w związku z tym hospitalizowana. Pacjentka pozostawała pod opieką środowiskowego domu samopomocy, ponieważ mieszkała sama i wymagała pomocy w codziennym funkcjonowaniu, np. robieniu zakupów, planowaniu wydatków. W wywiadzie otyłość: wzrost 158 cm, waga 104 kg, BMI – 41, II stopień otyłości. Na wizyty do PZP zgłaszała się regularnie, jednakże zawsze pod opieką pielęgniarki ŚDS. W leczeniu otrzymywała aripiprazol 15 mg/dobę i olanzapinę w formie ODT 10 mg/dobę. Pacjentka pozostawała w remisji objawów psychotycznych. W związku z tym, że pacjentka współżyła seksualnie, przy każdej wizycie była regularnie pytana o ostatnią miesiączkę. Pacjentka podawała datę ostatniej miesiączki, a w trakcie wizyt zwracano szczególną uwagę na redukcję masy ciała. W dniu 12 stycznia stwierdzono (po wykonaniu testu ciążowego), że pacjentka jest w ciąży (w 7 miesiącu). Mimo to pacjentka była wobec siebie bezkrytyczna, nie widziała nic złego w tym, że nie poinformowała lekarza o ciąży ani

że kłamała co do przebiegu miesiączek. Ze względu na zaawansowaną ciążę zlecono pilną wizytę ginekologiczną w celu oceny stanu zdrowia pacjentki i jej dziecka. Jednocześnie zmniejszono dawki leków do 7,5 mg aripiprazolu i 5 mg olanzapiny/dobę. Lekarz ginekolog potwierdził zaawansowaną ciążę – 30. tydzień. Pacjentka została skierowana na oddział ginekologii i położnictwa 3 lutego (33. tydzień ciąży) z rozpoznaniem: „Stan przedrzucawkowy, zespół metaboliczny, otyłość, kłykciny kończyste, poród przedwczesny”. Poród odbył się 3 dni później przez cięcie cesarskie ze względu na stan somatyczny matki. Pacjentka urodziła dziecko płci męskiej – waga 1700 g, APGAR w 3 min 8 pkt. W trakcie pobytu była konsultowana psychiatrycznie oraz pozostawała w stałym kontakcie z lekarzem psychiatrą PZP. Bezpośrednio po porodzie, podczas konsultacji psychiatrycznej na oddziale położniczym, zlecono ponownie leczenie farmakologiczne – olanzapinę 5 mg/dobę. Pacjentka została wypisana do domu w dobrym stanie psychicznym, miała możliwość stałego kontaktu z dzieckiem pozostającym jeszcze w szpitalu ze względu na wcześniactwo. Pacjentka otrzymała również zalecenia konieczności kontynuowania leczenia w Poradni Zdrowia Psychicznego. Pacjentka zgłosiła się do PZP 2 tygodnie po porodzie, nie ujawniała objawów wytwórczych. Zalecono redukcję masy i zmieniono leczenie na aripiprazol 7,5 mg/dobę.

Dyskusja

Opisane historie kobiet dowodzą, że pacjentka ze schizofrenią w ciąży jest wyzwaniem nie tylko dla lekarza psychiatry, ale też dla ginekologa. Istnieją ogólne kryteria dotyczące leczenia kobiet w ciąży, ale w zetknięciu się z konkretną osobą należy indywidualnie podejść do tego zagadnienia. Ważna jest ocena ryzyka związanego z leczeniem, jak i odstawieniem leków na czas ciąży. Żadna z zaprezentowanych pacjentek nie planowała ciąży. Edukacja pacjentki i jej partnera, przygotowanie ciąży, właściwe odżywianie się, zmiana trybu życia, wyeliminowanie używek, odradzanie w aktywnej fazie choroby planowania ciąży – to wszystko jest potrzebne, aby jak najbardziej zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby oraz wpływ leków na rozwijający się płód.

Ze względu na wczesny okres ciąży dwie pacjentki (nr 1 i 2) otrzymały zalecenia stopniowego odstawienia leków i stałej kontroli w Poradni Psychiatrycznej. Ryzyko związane z odstawieniem leków oceniano na podstawie analizy historii choroby, wcześniejszych epizodów choroby i przebiegów ciąży. U pacjentki nr 3, u której ciąża została stwierdzona około 7. miesiąca, zmniejszono dawkę leków. Prezentowane pacjentki w chwili zajścia w ciążę przyjmowały leki II generacji – olanzapinę, aripiprazol, kwetiapinę. Tylko jedna pacjentka (nr 2) miała zastosowany haloperidol – w formie iniekcji. Dwie pacjentki (nr 1 i 2) przyjmowały również leki stabilizujące – walproinian i karbamazepinę. Najwięcej danych o stosowaniu leków przeciwpsychotycznych w ciąży dotyczy leków I generacji, przede wszystkim ze względu na ich wieloletnią dostępność oraz największe doświadczenie kliniczne, i z tego też powodu uznawane były za relatywnie bezpieczne [14]. O możliwych działaniach teratogennych stabilizatorów nastroju wiadomo od dawna. Według FDA karbamazepinę zalicza się do grupy C (potencjalne ryzyko wystąpienia wad wrodzonych), a walporinian do grupy D (zwiększone ryzyko powstawania wad) [11]. Dlatego tak ważne jest jak najszybsze

odstawienie stosowanego wcześniej leku. Dostępne badania dotyczące z kolei leków II generacji pokazują, że nie ma jednoznacznych informacji odnośnie ich teratogenności [3, 15–17], a większość danych na temat bezpieczeństwa ich stosowania w okresie ciąży pochodzi z opisów kazuistycznych lub badań retrospektywnych. Analiza dostępnej literatury przedmiotu pokazuje, że ryzyko wad wrodzonych przy stosowaniu leków w I trymestrze ciąży kolejno wynosi: dla olanzapiny – 0,7–1,4, dla kwetiapiny 0,6–1,7, dla aripiprazolu 0,5–3,1 [18]. W badaniach zwraca się również uwagę na możliwość powikłań metabolicznych, które mogą mieć negatywne konsekwencje zarówno dla matki, jak i dziecka. Obserwuje się je głównie w odniesieniu do kłozapiny i olanzapiny [19]. Jak dotąd nie wykazano, aby leczenie kwetiapiną w ciąży przyczyniało się istotnie do powstania wrodzonych wad u płodu, jednakże dane te pochodzą przede wszystkim z opisów przypadków klinicznych [20]. Podobnie w leczeniu aripiprazolem brakuje jednoznacznych danych co do ich teratogenności [21, 22].

Opisywane pacjentki kilkakrotnie otrzymały informację o swoim stanie psychicznym i zaleceniach farmakoterapii dla lekarza ginekologa. Ciąża okazała się dla nich czasem remisji objawów psychotycznych, nie wymagały leczenia szpitalnego. Pierwsze niepokojące objawy lęku i zaburzenia snu pojawiały się dopiero przed porodem (pacjentki nr 1 i 2). W przeprowadzonych badaniach 12% pacjentek wymagało hospitalizacji w okresie ciąży, 16% – nagłej interwencji bez hospitalizacji zaraz po porodzie, a konsultacji potrzebowało 19% w ciągu pierwszego roku po urodzeniu dziecka [23]. Wszystkie ciąży zostały zakończone cięciem cesarskim. Powodami interwencji były: brak postępu akcji porodowej, zły stan somatyczny matki oraz objawy psychotyczne i zaburzenia zachowania. Rekomendacje kliniczne w tym zakresie mówią o tym, że efektywne cięcie cesarskie może stanowić metodę z wyboru, przy założeniu, że ryzyko ewentualnych powikłań okołoporodowych przy porodzie drogami natury może w późniejszym okresie dodatkowo zwiększać ryzyko rozwoju psychozy u dzieci. Niejasny jest też do końca wpływ oksytocyny stosowanej w okresie okołoporodowym na ewentualne poporodowe zaostrezenie psychozy u rodzących [24]. Dodatkowo gwałtowne zachowania podczas porodu grożą powikłaniami w jego przebiegu [25].

Przeprowadzone obserwacje pokazują też, że schizofrenia wiąże się ze zwiększonym czynnikiem stanu przedrzucawkowego, przedwczesnym porodem i niską masą urodzeniową u dziecka [4]. Pewne znaczenie ma więc tutaj gorsze funkcjonowanie pacjentek z tą chorobą w ciąży, ich znacznie mniejsza dbałość o zdrowie [26], przykładanie mniejszej wagi do korzystania z opieki ginekologicznej (pacjentka nr 3). W badaniach zauważono, że istotnymi czynnikami wpływającymi na stan zdrowia urodzonego dziecka są: wiek i stan cywilny kobiet, stosowanie się do zaleceń psychiatry oraz wcześniejsze poronienia, ale najistotniejszy okazał się stan psychiczny pacjentki w okresie zajścia w ciążę [27].

Zaprezentowane historie ciężarnych zwracają uwagę na konieczność stałej i jak najszybszej skoordynowanej opieki psychiatrycznej i ginekologicznej. Tam gdzie dochodziło do dialogu pomiędzy lekarzami psychiatrą i ginekologiem, tam nie było potrzeby hospitalizacji psychiatrycznej po porodzie. W wypadku pacjentki nr 1 informacje od leczącego psychiatry niestety były ignorowane. Dodatkowo negowanie choroby psychicznej przez personel i usilne dążenie do porodu drogami natury wpły-

nęło na konieczność pobytu w szpitalu. Należy przy tym pamiętać, że każda hospitalizacja jest olbrzymim stresem. Pobyt szpitalny bezpośrednio po urodzeniu dziecka, pozostawanie w rozłące z nim może wiązać się z dodatkowym pogorszeniem stanu psychicznego matki. Dlatego przepływ informacji, monitorowanie pacjentki z kilku stron wpłynęłoby w sposób znaczący na bezpieczeństwo ciąży i porodu pacjentek ze schizofrenią. W literaturze przedmiotu brakuje badań dotyczących współpracy interdyscyplinarnej nad kobietą z chorobą psychiczną w ciąży. Zwraca się jedynie uwagę na istnienie takiej potrzeby [28, 29].

Współpraca między lekarzami różnej specjalności wydaje się sprawą oczywistą, jednakże nasze doświadczenia pokazują, że w wielu przypadkach do niej nie dochodzi. Pacjentki ze schizofrenią w ciąży, które trafiają na oddział położniczy, często nie mają zleconej konsultacji psychiatrycznej monitorującej stan psychiczny w okresie okołoporodowym. Bywa też, że w karcie leczenia szpitalnego nie jest uwzględniane i odnotowywane rozpoznanie schizofrenii, a brak karmienia piersią opatruje się sformułowaniem: „na życzenie matki”, bez wzmianki dotyczącej potrzeby farmakoterapii z uwagi na chorobę psychiczną.

Ważne więc byłoby podjęcie starań w kierunku opracowania nowych zaleceń w leczeniu kobiety w ciąży z zaburzeniami psychicznymi, uwzględniających jednocześnie i opiekę ginekologiczno-położniczą, i psychiatryczną. Brakuje też specjalistycznych programów opieki na ciężarnymi chorymi psychicznie. Wytyczne powinny zawierać ważne dla obu stron dane, które będą mogły wpłynąć na lepsze monitorowanie stanu zdrowia zarówno matki, jak i dziecka, i powinny znaleźć się w dokumentacji medycznej (ginekologicznej i psychiatrycznej).

Informacje dla lekarza ginekologa (od lekarza psychiatry) powinny dotyczyć:

- (1) wcześniejszego przebiegu choroby, konieczności hospitalizacji, współpracy w leczeniu lub jej braku;
- (2) stanu psychicznego podczas wcześniejszych ciąż i aktualnego samopoczucia pacjentki;
- (3) możliwości odstawienia leków przynajmniej w pierwszym trymestrze, ewentualnie dokładne dane o koniecznej farmakoterapii;
- (4) stanu psychicznego około 36. tygodnia ciąży w celu zaplanowania porodu (poród naturalny, cięcie cesarskie);
- (5) konieczności konsultacji psychiatrycznej w okresie przed porodem i po porodzie nawet w wypadku dobrego samopoczucia pacjentki.

Informacje dla lekarza psychiatry (od lekarza ginekologa) powinny zwracać uwagę na:

- (1) ocenę ginekologiczną na początku ciąży;
- (2) ocenę wykonanych badań ogólnych;
- (3) ocenę rozwoju płodu;
- (4) współistnienie innych chorób (nadciśnienie, cukrzyca ciężarnych, zaburzenia funkcji tarczycy), które mogą wpływać na stan psychiczny;
- (5) planowania terminu i sposobu porodu.

Wnioski

Opieka nad pacjentką leczoną z powodu schizofrenii i będącą w ciąży pozostaje nadal dużym wyzwaniem. Sama choroba psychiczna wpływa na jakość przygotowania się do ciąży, skutkuje też mniejszą świadomością dotyczącą zdrowego trybu życia i potrzeby kontroli ogólnego stanu zdrowia. Brak możliwości w większości przypadków zaplanowania ciąży u pacjentki wiąże się z trudnościami dotyczącymi dalszego przebiegu ciąży. Dodatkowo leczenie lekami przeciwpsychotycznymi zawsze łączy się z ryzykiem dotyczącym dobrostanu płodu, a odstawienie leków może skutkować nawrotem choroby przyszłej matki. Neuroleptyki nowej generacji, które obecnie najczęściej przyjmują młode pacjentki będące w okresie reprodukcyjnym, są nadal nie do końca przebadane, a wybór leku jest podyktowany bardziej brakiem danych związanych z zagrożeniem dla płodu niż jednoznacznym, potwierdzonym bezpieczeństwem. Stąd istnieje potrzeba zmniejszenia zagrożenia związanego tak ze stanem psychicznym pacjentek, jak i wpływem leków na przebieg ciąży. Jest to możliwe tylko dzięki stałej współpracy pomiędzy lekarzami zajmującymi się pacjentką od strony ginekologiczno-położniczej i od strony psychiatrycznej. Dopiero wtedy możemy mówić o zapewnieniu pełnej opieki tak szczególnemu pacjentowi, jakim jest kobieta w ciąży chorująca na schizofrenię.

Piśmiennictwo

1. Rowlands I, Redshaw M. *Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing the postnatal period*. BMC Pregnancy Childbirth 2012; 12: 138.
2. Haukka J, Suvisaari J, Lonnqvist J. *Fertility of patients with schizophrenia, their siblings, and the general population: A cohort study from 1950 to 1959 in Finland*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(3): 460–463.
3. Vigod SN, Seeman MV, Ray JG, Anderson GM, Dennis CL, Grigoriadis S i wsp. *Temporal trends in general and age-specific fertility rates among women with schizophrenia (1996–2009): A population-based study in Ontario, Canada*. Schizophr. Res. 2012; 139(1–3): 169–175.
4. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Gruneir A, Newman A, Seeman MV i wsp. *Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: A retrospective population-based cohort study*. BJOG 2014; 121(5): 566–574.
5. Taylor D, Paton C, Kerwin R. *Use of psychotropics in special patient groups. Drug choice in pregnancy. Breast feeding*. W: Taylor D, Paton C, Kerwin R. red. 2003 prescribing guidelines, 7th ed. London–New York: Martin Dunitz; 2003. S. 204–216.
6. Robinson GE. *Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum*. J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol. 2012; 19(3): 380–386.
7. Raimondi A, Sheiner E. *Pregnant women with schizophrenia are at higher risk of pre-eclampsia, venous thromboembolism and adverse neonatal outcomes*. Evid. Based Nurs. 2015; 18(2): 39–40.
8. Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB. *Congenital malformations, stillbirths and infant death among children of women with schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58(7): 674–679.

9. Einarson A. *Antipsychotics medication (safety/risk) during pregnancy and breastfeeding*. Curr. Wom. Health Rev. 2010; 6(1): 34–38.
10. Rzewuska M. *Ograniczenie stosowania leków psychotropowych w okresie ciąży i laktacji*. W: Rzewuska M red. *Leczenie zaburzeń psychicznych*, wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003. S. 47–61.
11. Bazire S. *Charter 3 – Psychotropic in problem areas. Breast feeding. Pregnancy*. W: Bazire S. red. *Psychotropic drug directory 2002. The Professionals' pocket and aide memory*. Salisbury: Quay Books Division; 2002. S. 172–178, 205–217.
12. Karakuła H, Szajer K, Pawęzka J, Grzywa A, Gut A, Przywara G. *Psychofarmakoterapia zaburzeń psychotycznych w okresie ciąży i laktacji*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(2): 285–292.
13. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. *Schizofrenia*. W: Jarema M red. *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2011. S. 29.
14. Einarson A, Boskovic R. *Use and safety antipsychotics during pregnancy*. J. Psychiatr. Pract. 2009; 15(3): 183–192.
15. Urban-Kowalczyk M. *Leczenie objawów psychotycznych u kobiet w ciąży*. Psychiatria po Dyplomie 2017; 05: 46–52.
16. Teodorescu A, Ifteni P, Moga MA, Burtea V, Bigiu N. *Dilemma of treating schizophrenia during pregnancy: A case series and a review of literature*. BMC Psychiatry 2017; 17: 311.
17. Patton SW, Misri S, Corral MR, Perry KF, Kuan AJ. *Antipsychotics medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: Evaluating the risk*. Can. J. Psychiatry 2003; 47(10): 959–965.
18. Ennis ZN, Damkier P. *Pregnancy exposure to olanzapine, quetiapine, risperidone, aripiprazole and risk of congenital malformations. A systematic review*. Basic Clin. Pharmacol. Toxicol. 2015; 116(4): 315–320.
19. Poo SX, Agius M. *Atypical antipsychotics for schizophrenia and/or bipolar disorder in pregnancy: Current recommendations and updates in the guidelines*. Psychiatr. Danub. 2015; 27(Suppl 1): 255–260.
20. Tényi T, Trixler M, Keresztes Z. *Quetiapine and pregnancy*. Am. J. Psychiatry 2002; 159(4): 674.
21. Cuomo A, Goracci A, Fagiolini A. *Aripiprazole use during pregnancy, peripartum and lactation. A systematic literature search and review to inform clinical practice*. J. Affect. Disord. 2018; 228: 229–237.
22. Widschwendter CG, Hofer A. *Aripiprazole use in early pregnancy: A case report*. Pharmacopsychiatry 2012; 45(7): 299–300.
23. Rochon-Terry G, Gruneir A, Seeman MV, Ray JG, Rochon P, Dennis CL i wsp. *Hospitalizations and emergency department visits for psychiatric illness during and after pregnancy among women with schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 2016; 77(4): 541–547.
24. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A, Piróg-Balcerzak A, Wichniak A. *Efektywne cięcia cesarskie ze wskazań psychiatrycznych – analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(2): 357–373.
25. Hacker A, Done DJ, Crow TJ. *Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: A meta-analysis of case-control studies*. Psychol. Med. 1996; 26(2): 279–287.
26. Matevosyan NR. *Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: Meta-study*. Arch. Gynecol. Obstet. 2011; 283(2): 141–147.
27. Barasińska-Tarak E, Kłoszewska I. *Przyczyny gorszych wyników położniczych u kobiet chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2011; 11(4): 206–213.

28. Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM. *Bipolar disorder, affective psychosis and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. Lancet 2014; 384(9956): 1789–1799.
29. Harris EL, Frayne J, Allen S, Renganathan K, Nguyen TN. *Psychiatric admission during pregnancy in women with schizophrenia who attended a specialist antenatal clinic*. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 2019; 40(3): 211–216.

Adres: Małgorzata Skórska
Poradnia Psychiatryczna SP ZOZ w Łęcznej
21-010 Łęczna, ul. Krasnystawska 52
e-mail: skorskamalgorzata@poczta.onet.pl

Otrzymano: 8.03.2019
Zrecenzowano: 26.04.2019
Otrzymano po poprawie: 16.06.2019
Przyjęto do druku: 6.08.2019